

DU TRAITEMENT
DES TUMEURS OSSEUSES A MYÉLOPLAXES
PAR LES
OPÉRATIONS CONSERVATRICES
(Évidement et surtout résection)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 14 décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger PINET

Externe des hôpitaux de Lyon

Né à Gilhac-et-Brazac (Ardèche), le 7 avril 1877

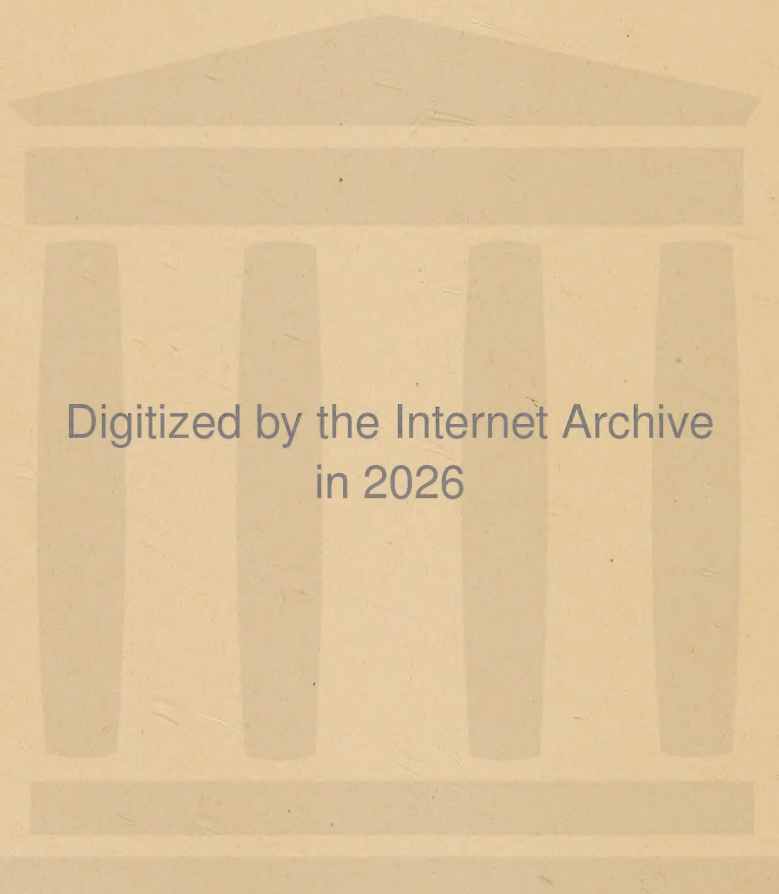


LYON

A. STORCK ET C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

—
1903



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DU TRAITEMENT
DES TUMEURS OSSEUSES A MYÉLOPLAXES

PAR LES
OPÉRATIONS CONSERVATRICES
(Évidement et surtout résection)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 14 décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger PINET

Externe des hôpitaux de Lyon

Né à Gilhac-et-Brazac (Ardèche), le 7 avril 1877



LYON

A. STORCK ET C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.
LACASSAGNE.

DOYEN.
ASSESEUR.

Professeurs honoraires
MM. PAULET, CHAUVEAU

Professeurs	MM.
Cliniques médicales.	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales.	X.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAYET.
Clinique ophtalmologique.	GAILLETON.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENO.
Chimie médicale et pharmaceutique.	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	BEAUVISAGE
Matière médicale et Botanique.	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	TEISSIER
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPIER.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale.	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie.	

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS. —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.	DEVIC. —
Accouchements.	FABRE. —
Matière médicale.	MOREAU. —
Anatomie topographique.	DURAND. —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBU.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE; ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), président; ROQUE, assesseur;
MM. PAVIOT et BÉRARD, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

PRÉFACE

L'idée de ce modeste travail revient à M. Albertin ; c'est à l'occasion de deux malades opérés par lui, qu'il nous a suggéré la pensée de reprendre à nouveau cette question du traitement des tumeurs osseuses à myéloplaxes en nous inspirant surtout d'observations lyonnaises. Nous lui en sommes très reconnaissant.

M. le professeur Maurice Pollosson a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. C'est un honneur dont nous le remercions beaucoup.

M. le professeur agrégé Bérard nous a communiqué son rapport sur les tumeurs osseuses, auquel nous avons largement puisé ; ses conseils nous ont beaucoup aidé.

M. le professeur Jaboulay, et MM. les professeurs agrégés Vallas et Giraud nous ont communiqué leurs observations ; à tous nous tenons à exprimer toute notre gratitude.

Parvenu au terme de nos études, nous serions ingrat, si nous ne songions à la dette que nous avons contractée envers tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale. Notre premier semestre d'externat fut passé dans le service de M. Vallas ; nous avons suivi avec intérêt les

leçons cliniques si claires et si pratiques qu'il sait faire de ses malades.

Dans le service de M. le professeur Augagneur, nous apprîmes à nous débrouiller un peu dans l'étude si compliquée des maladies cutanées et spécifiques.

M. le professeur Lépine nous fit voir toutes les difficultés que l'on rencontre dans l'examen d'un malade et il nous montra qu'en procédant avec méthode et en raisonnant on arrive souvent à résoudre les problèmes les plus compliqués.

M. le professeur agrégé Roch, dans le service duquel nous terminâmes notre externat, nous laissa toujours une grande initiative qui nous sera d'une grande utilité.

Que tous ces maîtres des hôpitaux soient assurés de notre profonde reconnaissance.

Notre dernière année fut consacrée à l'étude de la médecine infantile, dans les services de MM. Weill et Nové-Josserand et de la gynécologie chez M. Auguste Pollosson.

Nous n'oublions pas ces soirées de conférences à l'Hôtel-Dieu, passées sous la direction de MM. Bonnet, Vignard, Hau et Joly, internes des hôpitaux, en compagnie de camarades qui furent pour nous de vrais amis, et qui aussi par leurs encouragements ont beaucoup contribué à notre instruction.

Nous aurons toujours pour eux une grande amitié, en même temps que nous en garderons un excellent souvenir.

INTRODUCTION

Conserver un membre à un malade et lui permettre plus tard de s'en servir utilement est une chose assez digne d'intérêt pour nous permettre d'insister sur des faits déjà connus. Tout a été dit en effet sur ce sujet ; malgré tout, certains points sont encore obscurs et nous trouvons de l'hésitation chez quelques chirurgiens quand il s'agit d'appliquer un traitement conservateur dans les tumeurs osseuses à myéloplaxes. Nous avons cru utile d'étudier à nouveau cette question si intéressante, et nous avons voulu montrer par des observations puisées çà et là et surtout lyonnaises, que la méthode conservatrice devait être appliquée dans le traitement de ces tumeurs.

Dans un premier chapitre nous dirons ce qu'il faut entendre par tumeur à myéloplaxes, et nous insisterons seulement sur certains points qui nous ont paru intéressants.

Le deuxième sera consacré à un court exposé de l'histoire du traitement. Nous publierons ensuite nos observations.

En troisième lieu nous ferons la critique des différentes méthodes employées et nous indiquerons la conduite à suivre dans les divers cas qui peuvent se produire.

Dans un dernier chapitre nous montrerons quels ont été les résultats obtenus, immédiats et éloignés, et ce que cette méthode a donné au point de vue orthopédique.

CHAPITRE PREMIER

QU'EST-CE QU'UNE TUMEUR OSSEUSE A MYÉLOPLAXES ? —
DES DIFFICULTÉS DE SON DIAGNOSTIC. — SON ÉVO-
LUTION.

Omnis cellulae cellula, telle était la loi formulée par M. Virchow. Complétons-la par ces mots : *ejusdem naturæ* et nous pourrons l'appliquer à une classification histologique, la seule base dont nous disposons actuellement pour classer les tumeurs des os.

Avec M. Bard, nous admettons que « les tumeurs primitives du squelette proviennent toujours et proviennent seulement des cellules constitutives des tissus osseux normaux ». Cette notion va nous servir de base pour classer les tumeurs osseuses à myéloplaxes.

Robin avait vu dans la moelle osseuse deux éléments cellulaires : « le médullocèle et le myéloplaxes » ; il croyait que ce dernier était la cellule qui constituait ces tumeurs. De là leur nom de tumeurs myéloïdes. Cette idée est encore reproduite dans la thèse de Jallot (Paris, 1896).

M. Bard, le premier, montra que la cellule à myéloplaxe observée dans ces cas, cellule géante multinucléée, n'avait

pas son équivalent dans l'os normal en voie de formation ou à l'état de complet développement, que ses réactions histo-chimiques étaient différentes des cellules médullaires qu'il appelait « les vrais myéloplaxes ». Actuellement, tout le monde est à peu près d'accord pour reconnaître que ces productions osseuses ne sont pas des tumeurs.

Quelle en est donc la nature et la pathogénie ? C'est ici que les divergences commencent.

M. Bard comparait cette grande cellule ou faux myéloplaxe aux cellules appartenant aux réactions de nombreux processus infectieux et en particulier aux cellules géantes de la tuberculose. Ces dernières en diffèrent par ce fait que les noyaux s'y trouvent répartis en couronne à la périphérie au lieu d'être, comme dans le faux myéloplaxe, tassés au hasard les uns contre les autres au sein d'amas protoplasmiques à contour très anguleux. Ces productions osseuses seraient des inflammations chroniques.

MM. Monod et Malassez ne sont pas de cet avis. Pour eux les sarcomes à myéloplaxes sont des néoformations conjonctives plus ou moins embryonnaires évoluant dans le sens vasculaire, et ils les appellent sarcomes angioplastiques. Pillet (*Bulletin de la Société anatomique*) apporte des faits en faveur de cette deuxième hypothèse : « Sur des coupes colorées à l'éosine les myéloplaxes prennent une teinte orangée et une réfringence particulière indiquant une proportion assez considérable d'hémoglobine dans le cystoplasma. Les cellules sont chargées de granulations semblant provenir de l'hémoglobine du sang. » Sur des coupes que nous avons eu l'occasion d'examiner au microscope dans le laboratoire de M. le

professeur Jaboulay nous avons pu constater une très grande ressemblance des faux myéloplaxes avec les cellules vaso-formatives.

Il serait peut-être possible de concilier ces deux opinions ; de nouvelles recherches s'imposent.

Quoi qu'il en soit nous devons rejeter cette affection du groupe des tumeurs osseuses. Nous n'emploierons ce mot de tumeur que pour une désignation plus facile.

A côté de cet élément principal (cellule géante), l'on trouve toujours une réaction du tissu conjonctif, représentée par des éléments globo ou fuso-cellulaires en quantité variable.

Le traumatisme est très fréquemment rencontré dans les antécédents des malades, le plus souvent il est la cause, et fréquemment il précipite la marche de l'affection. Les jeunes sujets sont plus souvent atteints.

C'est aux maxillaires, et sur les os longs (de préférence au niveau de la région épiphysaire), qu'on les rencontre le plus souvent. Tous les os ont été atteints, os du pied (thèse de Poineau, Paris, 1898), sternum, corps vertébraux, etc.

La symptomatologie en est assez variable ; c'est ce que nous a révélé la lecture de nos observations. Une tumeur osseuse évoluant lentement, atteignant parfois des dimensions considérables sans provoquer de grandes douleurs, donnant à la palpation des signes variables suivant son siège périosteux ou intraosseux (mollesse ou dureté), de l'hyperthermie, une circulation veineuse parfois assez marquée, sont tous des symptômes n'ayant qu'une valeur relative, et ne pouvant fournir que des présomptions sur la nature exacte de l'affection. L'incision exploratrice,

nous montrant un tissu mou, rougeâtre et très vasculaire, caractéristique de la tumeur à myéloplaxe, n'est pas un moyen infaillible ; la preuve en est dans le cas signalé par M. Routier où en présence de M. Cornil il fut impossible, l'incision faite, de savoir à quelle tumeur l'on avait affaire.

Tout ceci nous explique pourquoi ces productions osseuses à myéloplaxes sont rarement diagnostiquées. Il n'est pas en effet de tumeur avec laquelle on ne l'ait confondue, mais en raison de son évolution sourde, de son siège fréquent aux épiphyses, c'est surtout avec l'ostéo-arthrite tuberculeuse que le diagnostic est épineux. Les erreurs nombreuses relatées dans nos observations en sont une preuve. Ceci confirme ce que nous avons dit des tumeurs à myéloplaxes considérées comme des inflammations chroniques.

Actuellement un nouveau procédé d'exploration des os la radiographie et la radioscopie sont d'un secours précieux. MM. Pollosson et Bérard, dans leur rapport sur les tumeurs des os en parlant des tumeurs à myéloplaxes disent : « L'os intéressé y apparaît comme soufflé à son extrémité malade ; l'amincissement de ses parois à ce niveau fait qu'il se projette en clair. Une coque presque partout visible et ininterrompue l'enferme dans ses contours, et l'intérieur de cette coque est cloisonné par des lames de refend, les unes complètes, les autres à l'état d'ébauche. La distinction entre les tumeurs à myéloplaxes et les autres néoplasmes est très nette ». Avec les progrès de la radiographie, et surtout par un examen direct, il n'est pas douteux que l'on arrive à de très bons résultats.

Un autre point intéressant est celui qui a trait à la

malignité et à la généralisation de ces tumeurs. Virchow cite des cas de Gerlach, Hutchinson, Forster, Mitchell, où l'on aurait observé une généralisation.

Ollier aurait trouvé dans les ganglions poplités des éléments à myéloplaxes chez un sujet porteur d'une tumeur du tibia. Dubuisson, Christot auraient vu des myéloplaxes dans les veines.

On a noté aussi quelques récurrences. M. Vallas nous citait le cas d'une malade opérée par M. Poncet, et venue dans son service pour une récurrence. M. Gangolphe en aurait observé quelques cas. Dans les observations que nous avons lues, et où l'on a constaté une nouvelle reproduction de la tumeur, nous avons vu que le tissu conjonctif (cellules globo ou fuso-cellulaires) prédominait, et il est probable que ce sont ces éléments qui sont en cause dans ces récurrences.

M. Malherbe de Nantes dans un travail sur les sarcomes, pose sans la résoudre la question de savoir « si ce n'est pas plutôt la prolifération des cellules fusiformes, qui sont toujours en assez grand nombre dans les myélomes, qui donne la malignité à la tumeur. » Quoi qu'il en soit, on peut dire que les tumeurs à myéloplaxes sont d'une grande bénignité; si l'anatomie pathologique n'a pu nous renseigner là-dessus, la clinique nous l'apprend.

C'est souvent, d'autre part, grâce à des erreurs de diagnostic (tumeurs à myéloplaxes prises pour des affections tuberculeuses et pour lesquelles on avait pratiqué une résection) que l'on est arrivé à constater que la chirurgie conservatrice devait prendre place dans le traitement de ces productions osseuses.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS OSSEUSES A MYÉLOPLAXES

Depuis longtemps, tant en France qu'à l'étranger on voit les chirurgiens s'occuper de cette question. Jusqu'en 1850, les tumeurs à myéloplaxes confondues avec les sarcomes globo et fuso-cellulaires subissent le même traitement. On désarticule le membre, ou bien l'on pratique l'amputation dans la contiguïté ou la continuité.

Nélaton le premier insista sur les caractères bénins de ces productions osseuses, et dans sa thèse (Paris 1860), il montra que non seulement l'amputation dans la continuité était suffisante mais que des résections et même de simples évidements suivis de cautérisations énergiques pouvaient suffire.

En 1874 eut lieu à la Société d'anatomie de Paris une discussion à ce sujet : les uns avec Homel, proposent l'amputation ; les autres, avec Giraldés, préférèrent la désarticulation.

Fochier, à cette époque (*Lyon médical*, 1876), est partisan de l'amputation dans la continuité.

En 1879, Poinso, dans sa thèse, propose l'amputation dans la contiguïté, à propos de tous les sarcomes, sans tenir compte de la variété clinique.

Peu à peu ensuite, on voit quelques chirurgiens revenir timidement à la méthode conservatrice. Schwartz dit ceci : « Il y a des sarcomes qui peuvent être traités par l'amputation ; pour quelques-uns même et notamment pour certains sarcomes du maxillaire inférieur, l'évidement peut suffire. » Il n'y a point de doute pour certaines tumeurs myéloïdes.

Ollier ne se montre pas très partisan de la méthode conservatrice : « Ce n'est, dit-il, que pour les néoplasmes circonscrits et à marche lente que nous conseillerons la résection. Nous avons préféré désarticuler tous les malades de ce genre que nous avons eu à traiter. »

A l'étranger, nous voyons la même hésitation. Dans une discussion à la Société de chirurgie de Berlin, 1890, Kuster dit : « Les sarcomes du périoste sont justiciables d'une désarticulation ou du moins d'une amputation très haute. Dans les cas de sarcomes centraux, tant qu'ils restent encapsulés dans l'os, on peut essayer par des évidements et des raclages d'en limiter les progrès. »

A partir de cette époque, la méthode conservatrice devient de plus en plus en faveur ; des chirurgiens encouragés par les succès obtenus font des résections, pratiquent des évidements et obtiennent des résultats excellents.

Actuellement, comme nous allons le voir par nos observations, la chirurgie conservatrice a pris place dans le traitement des tumeurs osseuses à myéloplaxes.

OBSERVATION I

(M. ALBERTIN)

Tumeur à myéloplaxes de la région juxta-épiphysaire inférieure du péroné. — Première intervention : évidemment et cautérisation. — Récidive. — Deuxième intervention : ablation du tiers inférieur du péroné, y compris la malléole.

21 mars 1900. — Antonia D..., onze ans. Père et mère bien portants. Neuf frères ou sœurs, dont huit vivants et bien portants ; un frère mort de broncho-pneumonie. Dans l'enfance bonne santé habituelle.

Il y a deux mois on remarqua un gonflement douloureux de la partie inférieure de la jambe droite. Il y a quinze jours, recrudescence de la lésion, marquée par une vive douleur siégeant au-dessus de la malléole externe droite, et rendant la marche douloureuse. Actuellement on constate une tuméfaction très accentuée occupant la face externe de la jambe droite et s'étendant depuis la malléole jusqu'à la limite du tiers inférieur et moyen. On sent facilement la pointe de la malléole externe, mais le reste est recouvert par la tumeur. Celle-ci est assez dure, mais permet de sentir la fluctuation. La peau à ce niveau est un peu rouge et chaude. La palpation est douloureuse.

L'axe de la jambe n'est nullement modifié.

Quelques ganglions cruraux mais petits. Pas de trace de battements ni expansion.

23 mars. — Sous anesthésie, incision au bistouri : au premier coup il sort un jet de sang noir qui pourrait faire croire à un anévrisme osseux. On agrandit l'incision ; alors issue d'un liquide hématique (30 gr. environ), qui montre une cavité longue de 10 centim. environ, tapissée par une membrane qui

se décolle facilement d'un coup de curette. Les parois en sont constituées de la façon suivante : face externe du tibia, dans la profondeur, érodée par place, rendant son aspect tomenteux ; périoste dans le reste de l'étendue (périoste très dur présentant une ébauche d'ossification). Quant au péroné on n'en trouve pas trace sur toute la longueur de la cavité, mais aux deux extrémités, lui servant en quelque sorte de pôle, on trouve les deux surfaces osseuses du péroné, coupées assez nettement, mais cependant présentant quelques traces d'érosion.

On curette la cavité, on cautérise au réseau de Paquelin. On tamponne à la gaze.

Pas d'hémorragie consécutive.

Les suites opératoires furent des plus simples. Cicatrisation assez rapide de la plaie.

21 juin 1900. — La partie du péroné évidée présente l'aspect suivant : Le pourtour ovalaire est ossifié et les deux points extrêmes sont ainsi réunis par une sorte de point osseux. Le centre de cet ovale est rempli par une masse de consistance molle qui semble formée par une recrudescence de la tumeur.

Deuxième intervention. — M. Albertin décide alors de pratiquer l'ablation du tiers inférieur du péroné. Longueur du morceau enlevé : 10 centim.

1^{er} août. — La plaie cicatrisée, la malade va bien. L'état général est bon.

Localement une cicatrisation qui semble fibreuse a remplacé la tumeur.

24 août. — La malade quitte le service, marchant d'une façon très satisfaisante, à l'aide d'un soulier orthopédique.

10 novembre. — La malade va bien, pas de récurrence.

11 avril 1900. — L'examen histologique fait par M. Paviot a donné les résultats suivants :

Les coupes de cette paroi montrent qu'elle est tout entière formée par une tumeur à myéloplaxes. Ces myéloplaxes de toutes dimensions et distribués sans règle, ni confluence spéciale, sont semés dans un tissu formé de cellules assez volumineuses à protoplasma granuleux, à limites cellulaires impré-

cises, à noyaux ovales ou ronds peu vigoureusement colorés ; ces cellules sont orientées de diverses façons suivant la faculté de développement qu'elles ont rencontrée, on les voit cependant faire des tourbillons en divers sens. Des lamelles sont prises dans la tumeur contituée comme il a été dit plus haut ; mais ces lamelles ont subi une décalcification naturelle, elles ne sont plus reconnaissables que par leur constitution en nappes roses, semées de corpuscules osseux moins épineux que normalement ; au surplus on les voit manifestement envahies progressivement par la tumeur devant laquelle elles disparaissent. Enfin dans cette paroi on surprend de petites kystes hématiques en formation ; ils semblent résulter assez constamment d'une hémorragie en foyer, interstitielle, qui écarte les éléments de la tumeur ; on y voit constamment un vaisseau dilaté à paroi embryonnaire dans le voisinage.

Le diagnostic est donc : *tumeur à myéloplaxes*, mais de grandes réserves sur la bénignité doivent être faites, car les cellules dans lesquelles sont plongés les myéloplaxes dans cette tumeur acquièrent des dimensions inaccoutumées.

OBSERVATION II

(M. ALBERTIN)

Tumeur à myéloplaxe de l'extrémité supérieure du tibia droit. Ablation de la tumeur avec 12 centimètres de la portion supérieure du squelette tibio-péronier. Suture femoro-tibio-péronière. Guérison avec excellent résultat fonctionnel.

L..., âgée de treize ans, rentre à la Charité, salle Saint-Renée, le 5 août 1902, pour une tumeur occupant l'extrémité supérieure du tibia, et du volume des deux poings. Cette tumeur qui évolue depuis un an environ avec un développement progressif, présente les caractères de l'ostéo-sarcome.

L'articulation du genou est encore le siège de quelques mouvements, mais la malade ne peut prendre appui sur cette jambe. La tumeur paraît occuper le tiers supérieur du tibia, présente quelques points ramollis où l'on perçoit le bruit de coquille d'œuf. La localisation paraît juxta-épiphysaire, et être restée en dehors de l'articulation du genou. Le péroné est indemne. A première vue, il semble que cette affection soit justiciable d'une seule intervention, l'amputation de la cuisse. Cependant en raison des caractères bénins de l'évolution de la tumeur, l'excellence de l'état général, le diagnostic de tumeur à myéloplaxe, M. Albertin décide de tenter la conservation du membre, en faisant l'ablation pure et simple de la portion du squelette où siège la tumeur.

Opération : On incise la peau suivant le tracé de la résection du genou. On arrive sur la tumeur et on cherche un plan de clissage qui permet d'isoler la tumeur et sa coque osseuse.

L'isolement se fait facilement, on fait une section au tibia et au péroné, à un travers de doigt au-dessous de la tumeur, c'est-à-dire à environ 12 centimètres de l'extrémité supérieure de l'os.

Ce tiers supérieur tibio-péroné qui porte la tumeur est complètement enlevé, y compris la portion articulaire du tibia.

Pour réaliser le programme, c'est-à-dire pour conserver le membre, il s'agissait de couper les extrémités tibio-péronnières des condyles fémoraux. Pour le faire on pratique dans chaque condyle une sorte d'excavation dans laquelle on implante les extrémités correspondantes du tibia et du péroné. On fait la suture osseuse sur le tibia seulement ; la coaptation paraît bien se maintenir. Le rapprochement de ces parties du squelette fait que les parties molles se replient et forment en arrière à la place du creux poplité une énorme saillie, ce qui se comprend facilement, par le raccourcissement de 12 centimètres du squelette de la jambe.

On fait le pansement de la résection du genou avec drainage, étant donnée la probabilité d'une exhalation séreuse.

La guérison se fait après trois pansements.

Au bout de deux mois la consolidation paraissait en bonne voie, et c'est au bout du troisième que la malade pouvait détacher le talon du lit. L'énorme bourrelet se forma par les parties molles, se nivela progressivement. Au bout de cinq mois la malade, munie d'un appareil orthopédique avec soulier à semelle surélevée, quittait le service en marchant d'une façon très satisfaisante.

L'état s'est maintenu avec un résultat fonctionnel qui va en s'améliorant.

OBSERVATION III

(M. JABOULAY : *Lyon médical*, 1898.)

Sarcome myéloïde des os courts du pied traité par la simple résection

Antécédents. — Mère opérée d'une tumeur du maxillaire inférieur.

Homme, trente ans, souffrait, depuis le 6 mars, du pied gauche au voisinage de la tête de l'astragale. Depuis quelque temps des fongosités sont apparues en dedans vers le scaphoïde et en dehors sous le pédieux. Les diagnostics les plus différents ont été successivement portés par divers chirurgiens : au début tarsalgie, plus tard arthrite rhumatismale, car l'individu est un fort gaillard arthritique, avec des craquements dans le genou du côté opposé ; puis quand les fongosités ont apparu on pense à une ostéo-arthrite tuberculeuse.

Pointes de feu, bandages silicatés, révulsion, immobilisation, tout avait été essayé ; le malade était devenu impotent, incapable d'appuyer le pied, de marcher et même de lutter avec les orteils contre une pression modérée exercée sur eux par le chirurgien.

L'évolution avait été rapide puisque en six mois un pied qui ne présentait aucune lésion et faisait croire à de la tarsalgie offrait des fongosités sur toute son étendue transversale du bord interne au bord externe, du scaphoïde au cuboïde.

Intervention. — Ouverture du foyer par deux incisions longitudinales parallèles, l'une en dedans sur le scaphoïde, l'autre en dehors du pédieux sur le dos du pied. Il s'en échappa du tissu fongueux rouge vineux caractéristique du sarcome myéloïde : le microscope montra en effet des myéloplaxes. Ce tissu avait pris la place du scaphoïde dans sa totalité sauf le cartilage ambiant et quelques trabécules osseuses qui lui étaient restées adhérentes et furent enlevées. La cavité résultant de cette ablation fut remplie de gaze et traversée par un drain après lavage au sublimé chaud ; la mèche fut peu à peu retirée ; au bout d'un mois et demi le drain est enlevé.

Quatre mois après le malade commençait à marcher (béquille et canne) puis quittait l'hôpital marchant sans appui, sans boiterie, n'ayant conservé qu'un raccourcissement du pied de 2 centim. et un creux sur le bord interne.

Pas de récédive.

OBSERVATION IV

(M. JABOULAY)

Sarcome du tibia traité par la quinine.

Jeune fille, vingt et un ans. Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère vivante, en bonne santé. Deux frères bien portants.

Personnellement : rougeole, scarlatine, coqueluche, croup dans son enfance, otite suppurée à la suite de ces dernières ; l'audition en est restée amoindrie.

A six ans pneumonie. Depuis santé parfaite.

En juillet 1900 début de l'affection actuelle, par une douleur légère, intermittente, au niveau du genou droit, douleur qui ne rendait en rien la marche impossible. Seule la flexion s'opérait un peu difficilement.

Dès septembre elle est condamnée au lit, la station debout est douloureuse, la marche devenue impossible. On épuise sur elle toute la série des traitements révulsifs (pointes de feu, injection de chlorure de zinc) ; l'immobilisation ne semble pas non plus amener de résultats, l'atrophie musculaire s'installait, la flexion de la jambe ne pouvait plus s'opérer.

En juillet 1901, la malade rentre salle Saint-Paul, sur les conseils d'un médecin qui avait constaté une tumeur pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia et qui lui commandait une opération radicale.

A son entrée : tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia animée de battements très nets, la malade les percevait elle-même.

Traitement par la quinine dès les premiers jours d'août jusqu'en mai 1902. Injection quotidienne de chlorhydrate de quinine. En mai les battements ont complètement disparu.

Ce traitement cessé pendant un mois, puis repris, est laissé ensuite de côté il y a deux mois. En somme 400 injections de quinine parfaitement tolérées ; l'ouïe paraît avoir subi un nouvel affaiblissement. Du côté de la tumeur : disparition des battements ; la tumeur a diminué de volume, sa consistance augmentait. L'extrémité supérieure de la jambe est augmentée de 3 centimètres de circonférence ; c'est un énorme bloc osseux qui a refoulé la rotule. Il s'est produit là une ossification de la tumeur primitivement vasculaire ; la jambe est en rectitude.

Du côté de l'articulation : la rotule mobile, la flexion un peu limitée par le volume de l'extrémité supérieure du tibia. La station debout est possible sans douleur. La température locale est un peu plus élevée. La marche n'est pas encore pos-

sible en raison de la faiblesse des jambes ; la malade se sert de béquilles.

Depuis on ne sait plus rien.

OBSERVATION V

(M. JABOULAY : *Lyon médical*, 27 janvier 1902)

Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du radius et prothèse interne avec de la gaze stérilisée simple.

Jeune homme, vingt-sept ans, qui avait vu survenir des douleurs dans le poignet droit il y a plus d'un an, douleurs qu'il avait cru être rhumatismales et pour lesquelles il s'était fait faire du massage. Malgré ce dernier et probablement à cause de lui, malgré les cautérisations au fer rouge faites par le médecin traitant qui, lui, avait songé à une synovite fongueuse, le poignet avait grossi peu à peu et c'est avec un énorme fuseau occupant la partie inférieure de l'avant-bras que le malade entre dans le service de M. Jaboulay.

Le diagnostic était facile avec cette seule constatation de l'intégrité de l'articulation radio-carpienne et des mouvements des doigts.

Incision sur le milieu de la face dorsale de la tumeur, il sortit une grande quantité de bourgeons très rouges et vasculaires qui indiquent d'habitude des sarcomes à myéloplaxes. La cavité fut remplie avec une série de tampons à la gaze stérilisée et laissés en place intentionnellement. En effet la main après l'issue du néoplasme tombait ballante dans tous les sens et se renversait sur le bord du radius dont il manquait le tiers inférieur environ. L'introduction des tampons la fit redresser, la maintint dans son attitude habituelle et grâce à cette pro-

thèse des mouvements sont possibles dans les extrémités digitales.

21 juillet 1902. — Les tampons restés en place pendant le mois sont retirés. Ils ont déterminé autour d'eux des ossifications solides qui vont du radius à la région du poignet et de la main, et qui maintiennent solidement le dernier segment du membre sur l'avant-bras.

Une grande cavité est interposée entre ces ossifications et la région du cubitus ; elle ira s'affaissant peu à peu.

Octobre 1902. — Un bourgeon s'est produit. On fait un nouveau curetage.

OBSERVATION VI

(Service de M. JABOULAY.)

Rosalie G..., quarante-huit ans, tisseuse, entre pour une tuméfaction du genou gauche.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Personnellement pas de maladie dans l'enfance.

Au mois de juin 1890, elle fit une chute, le genou porta sur le sol et un craquement fut ressenti. Après un repos au lit de deux mois elle a pu remarcher. En avril 1891, elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pollosson. Il existait à ce moment une petite tumeur au niveau du condyle interne du fémur. On lui fait des pointes de feu, et l'on place des vésicatoires. Après un séjour de trois semaines, la malade sort et continue chez elle la révulsion. La tumeur augmente peu à peu, le genou était en légère flexion.

En août elle revient à l'hôpital, service de M. Ollier. On continue d'abord la révulsion, puis on incise la tumeur, il ne s'écoule que du sang ; on redresse le membre et on le met dans un appareil plâtré. Au bout d'un mois la malade sort avec un silicate, la jambe ankylosée et en rectitude.

Pendant six ans elle se sert de béquilles, après quoi elle

marche très bien, sauf la gêne inhérente au membre ankylosé depuis l'ancien traumatisme.

Tout va bien jusqu'en février 1903. A ce moment elle est prise d'accidents fébriles avec congestion pulmonaire que l'on qualifie de grippe, et qui durent environ quatre semaines. Puis brusquement, le genou gauche se met à augmenter de volume, devient très douloureux ; la malade ne peut plus appuyer le pied sur le sol, et quinze jours après elle rentre à l'hôpital (service de M. Jaboulay).

Actuellement mauvais état général, teinte jaune paille, pas d'ictère, amaigrissement considérable.

Au membre inférieur gauche on constate une tuméfaction énorme siégeant au niveau du genou. La tumeur, de forme globuleuse, se termine brusquement du côté du tibia, tandis que du côté du fémur, elle se continue insensiblement.

La peau est tendue, lisse, avec des veinosités abondantes. Température locale de ce côté : $35^{\circ} 4$; du côté sain : $30^{\circ} 8$; diamètre du genou : 55 centim. ; il y a un mois il était de 45 centim. ; longueur de la tumeur : 34 centim.

A la palpation, certains points fluctuants, d'autres durs et douloureux au toucher ; atrophie musculaire portant sur la jambe et la cuisse qui paraît raccourcie. Il existe une différence de longueur entre les deux côtés, du trochanter à la malléole externe : côté droit : 78 centim. ; côté gauche : 76 cent..

Pas de troubles de la sensibilité, pas de signes de paralysie du sciatique externe. On sent le pouls de la pédieuse.

Ganglions inguinaux et iliaques.

Au cœur : Premier bruit râpeux, donnant l'impression d'un frottement ; le deuxième normal. Le poul est de faible tension, rapide mais régulier.

Poumons : Bronchite et emphysème.

Opération. — On passe un fil sous l'artère fémorale sans serrer; on incise ensuite la tumeur sur la ligne médiane et l'on pénètre ainsi dans une masse charnue sans grande hémorragie. On n'a pas besoin de serrer le fil. Pour l'examen histologique on enlève une portion des fongosités molles et rouges. Le

doigt introduit dans la tumeur reconnaît une volumineuse coque osseuse développée aux dépens de l'extrémité inférieure du fémur ; cette coque est bourrée de fongosités.

Tamponnement avec de grandes compresses de gaze ; le fil d'attente est laissé sur l'artère en cas d'hémorragie secondaire.

6 juillet. — *Pansement* : On enlève les mèches et lavage à l'eau oxygénée. Elimination de nombreux produits sphacelés.

Un mois après la malade sort de l'hôpital ; la plaie n'est pas encore guérie. L'état général est mauvais.

OBSERVATION VII

(M. VALLAS)

Ostéo-sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du tibia.

Caroline Ch..., vingt-deux ans, ménagère, entre à l'hôpital, service de M. Vallas, le 15 avril 1899.

La malade souffre de son articulation et à la partie inférieure du tibia. Le pied est creux, le premier métatarsien et le gros orteil sont abaissés en avant.

18 avril. — *Incision*. On enlève les masses néoplasiques. Résection de l'extrémité inférieure du tibia qui est complètement détruite par tumeur.

Examen histologique par M. Bard : cellules à myéloplaxes d'origine inflammatoire.

23 juillet. — *Sortie*. La plaie a bourgeonné normalement sans récidive, elle est complètement fermée ; l'os s'est reproduit, on sent très nettement une masse dure à la place de l'épiphyse enlevée et le pied n'a subi aucune déviation vers le côté interne. La malade sort.

OBSERVATION VIII (résumée)

(M. SIRAUD)

Tumeur à myélopaxes de l'extrémité supérieure du péroné. — Compression du sciatique poplité externe. — Résection.

Jeune homme de dix-sept ans, entre salle Sainte-Marthe pour une tumeur de l'extrémité supérieure du péroné. On porte le diagnostic de tumeur à myélopaxes, ce que confirme la radiographie qui montre le gonflement de l'épiphyse supérieure du péroné limité par une coque à parois minces avec cloisons de refend.

Par suite de la disposition de la tumeur, le nerf sciatique poplité externe est comprimé, ce qui amène une paralysie.

Opération. — Résection de 10 centim., de l'extrémité supérieure du péroné ; on évite soigneusement le nerf.

La plaie guérit rapidement. On fait porter au patient un appareil pour corriger la déformation du pied. Grande amélioration.

Pas de récurrence après deux ans.

OBSERVATION IX

(Service de M. PONCET.)

Anne G..., vingt-cinq ans, vernisseuse, entre le 18 mai 1897, pour une tuméfaction du poignet droit.

Père mort à trente-quatre ans d'une péricardite. Mère en bonne santé. Un frère et une sœur se portent bien.

Personnellement, la malade a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à quatorze ans, très régulièrement.

Il y a deux ans elle fit une chute sur le poignet, chute qui

détermina une violente douleur et une impotence fonctionnelle de quinze jours.

Elle fut alors soignée par un rhabilleur. Depuis ce moment, elle a conservé un poignet gros au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Cette tuméfaction est allée sans cesse en augmentant, mais les mouvements articulaires n'étaient pas trop gênés, au point que la malade pouvait se livrer à ses occupations. Ce n'est que depuis quatre mois qu'elle ne peut plus travailler.

Il y a trois mois, elle consulta un chirurgien qui lui proposa l'amputation de l'avant-bras ; cette intervention fut repoussée et la malade subit pendant deux mois un traitement méthodique dirigé par M. le professeur Lortet, avec les rayons X. Devant l'absence des résultats, elle entre à la clinique.

On constate actuellement à l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit une tuméfaction en massue portant sur l'extrémité inférieure du radius. La peau qui la recouvre est lisse, unie, tendue, mais glisse facilement sur elle. Remarquons qu'elle est parcourue par un réseau de grosses veines constituant un système de circulation complémentaire. Au contact, la région est chaude et sa température est certainement plus élevée que du côté sain.

La palpation de la tumeur nous révèle une consistance molle semi-rénitente. Nulle part de fluctuation. Pas de crépitation parcheminée.

La tumeur est développée aux dépens du radius. Le cubitus est indemne. Sur le dos de la main, la tumeur développée un peu en dedans envahit la face dorsale du cubitus, et cette disposition est encore plus marquée à la face palmaire où l'on sent toute la gouttière cubito-radiale occupée par le néoplasme. Par lui, les tendons fléchisseurs sont soulevés et viennent glisser sous la peau. Le jeu des tendons est d'ailleurs normal. La force du côté droit est un peu diminuée, mais les mouvements s'exécutent encore très facilement.

Les différents mouvements qui se passent dans l'articulation du poignet persistent normaux, quoique un peu diminués. La

gêne fonctionnelle tient à la grosseur même qui s'oppose par sa masse à la flexion et à l'extension et les limite.

Mais l'articulation est saine. Pas de trouble de la sensibilité. Très faible atrophie du membre. La malade se plaint de douleurs lancinantes et irradiées, qui apparaissent dans les efforts et sous l'influence de la palpation.

Aucun ganglion au niveau de l'épitrachée ou du creux de l'aisselle.

Pas de signe de métastase ; la malade a conservé un bon état général. On prend la température locale de la tumeur et on trouve une différence de 3°8 en faveur du côté malade. Il faut tenir compte que depuis vingt-quatre heures la région a été malaxée par des touchers répétés.

La radiographie faite par M. Lortet a montré qu'on se trouvait en présence d'une tumeur centrale circonscrite dans l'os et continue dans la coque.

26 mai. — Éthérisation. Bande hémostatique. Longue incision sur la face externe du radius. Le bistouri pénètre à travers une coque ostéo-fibreuse constituée par le périoste et une mince couche osseuse le doublant et mesurant environ 0.001 millim. d'épaisseur. Cette coque est distendue par un contenu charnu qui s'enlève facilement à la curette, évidemment complet. Il reste en bas le cartilage articulaire du radius qui sépare le foyer de l'articulation sous-jacente. En haut le radius a immédiatement son volume normal. Pas d'infiltration périostique. Pas de noyau médullaire. Le canal médullaire est au contraire oblitéré par une couche de nouvelle formation que l'on aperçoit très nettement et contre laquelle frotte le stylet (noyau d'ostéite condensante).

Capitonage à la gaze iodoformée. Le 15 juin la malade quitte le service où elle reviendra se faire panser. Localement, la plaie est en excellent état. Pas de récurrence. Dans la profondeur, bourgeonnement de bonne nature.

Onze mois après l'intervention la malade est revue ; la guérison est complète, son état général excellent, pas de trace de récurrence. Les mouvements du poignet sont restreints dans la

flexion, l'extension et la latéralité, mais il a conservé sa force. On constate une cicatrice et une faible déviation du poignet du côté radial. La malade se sert très bien du membre opéré, elle occupe une place assez fatigante dans une usine.

Octobre 1903. — La malade est revue. Pas de récédive.

OBSERVATION X (résumée)

(M. HEURTAUX : *Société de chirurgie*, février 1891.)

Sarcome globo-cellulaire de la tête humérale gauche ; résection de la moitié supérieure de l'humérus. — Guérison définitive depuis plus de onze ans ; bon fonctionnement du membre.

Enfant de six ans, père syphilitique.

Incision verticale à la partie antérieure du deltoïde, puis incision horizontale partant de l'extrémité supérieure de la première et se dirigeant en arrière. Résection extra-périostée de 11 centim. d'humérus.

Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XI

(D^r BUFFET : *Normandie médicale*, 15 mai 1889.)

Femme, cinquante-huit ans, entre à l'hôpital le 25 juillet 1886.

Début, il y a deux ans et demi, par des douleurs et du gonflement dans le bras gauche. Tumeur en forme de gigot, lisse, sans crépitation ; peau recouverte d'un réseau très développé. Pas de ganglions. Diagnostic flottant entre enchondrome, kyste ou ostéo-sarcome. Ponction exploratrice donne un liquide épais, visqueux, couleur lie de vin, qui ne laisse aucun doute sur la nature sarcomateuse.

La malade refusant la désarticulation de l'épaule, on pratique une résection de la tête humérale ; le canal huméral étant

atteint au-dessous du point de section de l'os, c'est-à-dire au-dessous de la tumeur, ou prolonge l'incision en bas, et l'on résèque tout l'humérus, laissant seulement l'extrémité articulaire. Attelle en équerre. Guérison.

Le bras est raccourci de 4 centim. environ.

En mai 1888, la malade se portait bien, se servait très bien de sa main, exécutait les mouvements de pronation et de supination le coude appuyé. Pas de récive.

OBSERVATION XII

Sarcome de la tête humérale. — Résection de l'épaule. — Guérison cinq ans après.

Le malade avait refusé la désarticulation. Résection sur 10 centim. de longueur de l'extrémité supérieure de l'humérus. Histologie. Sarcome périostique.

Pas de récive après cinq ans. Bon fonctionnement.

OBSERVATION XIII

(GLANTENAZ, 13 janvier 1896.)

Sarcome à myéloplaxes de l'apophyse caracoïde.

On enlève la tumeur. Pas de récive.

OBSERVATION XIV

(MONOD et MÂLASSEZ : *Société anatomique*, Paris, 1902.)

Malade de quarante-deux ans. Tumeur du genou diagnostiquée sarcome.

Radiographie. — Lésion limitée par une coque osseuse. Curetage et guérison.

OBSERVATION XV

(SCHWARTZ : *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1894.)

Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité du fémur (condyle interne). — Résection typique du genou. — Absence de consolidation. — Electrolyse. — Guérison.

B. E..., âgé de trente-cinq ans, coiffeur, entre dans notre service, à l'hôpital Cochin, le 16 mai 1894. Rien à noter de saillant au point de vue héréditaire. Il a été très bien portant jusqu'en 1887, année où il eut une bronchite qui dura trois mois, mais qui finit par guérir tout à fait.

En décembre 1891, à deux reprises, en faisant un effort, il ressent un fort craquement dans le genou gauche, après être tombé sur le genou.

Il entre à l'hôpital Cochin en 1893 ; on diagnostique alors une arthrite tuberculeuse du genou avec épanchement pour laquelle on fait une ponction puis une injection de glycérine iodoformée à 10 p. 100 (50 grammes). Appareil plâtré. Le malade sort le 10 août, complètement débarrassé de l'épanchement, mais gardant toujours de la résistance du genou et une impossibilité de le plier et de l'étendre complètement.

Vers le 15 avril 1894, il glisse ; son genou fléchit et il tombe. Il entre alors à l'hôpital Lariboisière avec une articulation très tuméfiée et douloureuse. Impossibilité de le mouvoir. On l'immobilise pendant quatre semaines dans un appareil plâtré. Il entre à Cochin.

A l'examen.— Genou globuleux, légèrement fléchi, la saillie du fémur s'arrêtant nettement au niveau de l'interligne articulaire ; il ne semble pas que le tibia soit atteint. La flexion est à 120° environ. Pas de changement de couleur de la peau qui est partout mobile.

A la palpation il y a une élévation de la température locale notable. L'extrémité inférieure du fémur est nettement augmentée de volume, en même temps que l'on sent des mas-

ses molles comme fongueuses dans le cul-de-sac sous-tricipital et au-dessous des ailerons de la rotule mobile. Le tibia paraît intact, il est subluxé en arrière sur les condyles fémoraux.

Point très douloureux à la partie interne du condyle interne du fémur. Rien sur le tibia. Circonférence de l'articulation : 39 centim. à gauche, 32 centim. 5 à droite.

Fausse fluctuation dans le cul-de-sac sous-tricipital. Mouvements de latéralité.

Il est impossible de fléchir ou d'étendre le membre sans provoquer de la douleur.

L'examen général nous montre que tous les organes sont intacts. Cependant au sommet gauche et en avant, il y a de l'inspiration saccadée avec expiration prolongée. Rien d'anormal dans les urines.

Le 21 mai, pensant à une tumeur blanche du genou, nous procédons à la résection typique de l'articulation, chloroforme. Hémostase préventive.

Incision en fer à cheval, encadrement en bas de la rotule.

Ouverture de la jointure. Nous sommes immédiatement frappé par l'altération de la synoviale qui est rouge brun, tomenteuse ; pas le moindre liquide sanguin dans l'articulation. Le tibia est tout à fait intact ainsi que la rotule ; mais le fémur est très malade. Large ouverture de l'articulation. Incision de toute la synoviale ; le condyle externe moins altéré, mais ramolli aussi par places.

Résection de l'extrémité inférieure du fémur. Quoique nous ayons immédiatement songé à un sarcome myéloïde, nous n'avions pas prévenu le malade de la possibilité d'une amputation, et de plus, même cela étant, les lésions étaient relativement assez localisées pour ne pas nous décider aussitôt à un aussi gros sacrifice.

Avec la gouge, la curette et le thermo-cautère, on enlève tout ce qui est suspect de l'extrémité inférieure du fémur, puis on abrase juste ce qu'il faut du tibia. Suture métallique des deux os avec un fil d'argent.

Ni ligature, ni drainage. Pansement iodoformé ouaté ;

attelle qui est remplacée ensuite par une gouttière plâtrée. Guérison sans accrocs.

Le pansement est levé le soixante-dixième jour. Aucune consolidation. Jambe de polichinelle mobile dans tout sens, malgré la suture métallique. Nous regrettions déjà notre résection et proposons à l'opéré le sacrifice du membre quand nous songeâmes à employer l'électrolyse pour parfaire la consolidation, étant donné qu'il n'y avait aucune trace de repululation.

On fit six séances d'électrolyse à 45 et 50 milliampères, avec quatre aiguilles chaque fois. Les aiguilles furent enfoncées en plein dans la néarthrose, le pôle positif sur les aiguilles, le pôle négatif, sous forme d'une large plaque, fut appliqué sur la cuisse ou sur le ventre. En octobre la consolidation avait fait de grands progrès.

Le 19 novembre, il quitte l'hôpital pour aller à Vincennes.

Il marche facilement sans béquilles avec une bottine à semelle soulevée ; il boite peu. Le genou n'est pas augmenté de volume, n'est pas douloureux ; il y a soudure complète des os en extension avec de très légers mouvements antéro-postérieurs plutôt utiles que nuisibles.

Aucune trace de récidence. Excellent état général.

Histologie : Sarcome à myéloplaxes.

OBSERVATION XVI (résumée)

(D^r SERRE : *Gazette des sciences médicales de Montpellier*,
11 septembre 1886.)

Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du cubitus gauche. — Résection. — Guérison.

François F..., vingt et un ans, soldat au 2^e génie, entre le 23 août à l'hôpital.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Soumis à des travaux de terrassement, assez pénibles, il commence à ressentir de la douleur au poignet gauche au mois de mai. Au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus apparaît un gonflement qui va en augmentant progressivement, en même temps que les douleurs persistent, avec des exacerbations à la moindre fatigue.

A son entrée : Gonflement fusiforme de l'extrémité inférieure du cubitus, et commençant à 15 millim. environ de l'articulation du poignet. Douleur à la pression. Pas de crépitation parcheminée. Partout une résistance dure, osseuse, uniforme. Peau a un aspect normal, mobile. Pas de ganglion dans l'aiselle.

On l'avait envoyé avec le diagnostic d'ostéite du cubitus. On se rend difficilement compte de la nature de la lésion ; un traitement révulsif est essayé sans résultat.

Le 13 octobre. — *Intervention* : Incision sur le côté interne du cubitus ; mise à nu de cet os et section environ à 0 m. 01 au-dessus de la tumeur. Désarticulation de l'extrémité inférieure du cubitus. Lavage au sublimé et suture. Drain à la partie inférieure et pansement que l'on laisse en place jusqu'au 18 octobre.

La plaie se comporte bien, sauf au niveau du drain, où un trajet fistuleux, avec suppuration légère persiste assez longtemps.

Le malade présentant une certaine gêne dans les doigts, on le soumet à un traitement électrique pendant plusieurs mois.

A sa sortie, en juin, le malade se sert de son membre, il se plaint d'un peu de faiblesse de la main.

OBSERVATION XVII

(MICKULICZ)

I. — Résection du radius. — Deux cas.

1^{er} cas. — Tumeur de l'extrémité inférieure du radius droit, considérée d'abord comme une affection tuberculeuse. Plus

tard résection de 12 centim. à partir de l'extrémité inférieure du radius. Attelle en cuir du côté radial.

Six mois après bon fonctionnement. Pas de récédive après un an et demi.

Deuxième cas. — Chauffeur, vingt-deux ans, chute sur l'avant-bras ; douleur et gonflement consécutif pendant plusieurs jours, et reparaissant dans la suite par intervalles.

Tumeur fusiforme ; crépitation parcheminée ; peau tendue et rosée.

Incision sur la face radiale, et résection de 10 centim. de l'os au-dessus de la ligne articulaire.

Guérison. Le patient avec une gouttière placée sur la face radiale pouvait se servir de sa main.

Histologie : cellules géantes.

II. — Résection du cubitus.

Meunier, dix-sept ans. Tumeur de l'extrémité inférieure du cubitus, d'une consistance cartilagineuse et molle par endroits. Peau amincie, tendue.

Incision elliptique. Les muscles d'alentour intimement liés à la tumeur doivent être en partie extirpés. On scie une portion du cubitus telle qu'il reste en haut un morceau de six centim. et en bas 4 centim.

Cellules à myéloplaxes.

Guérison. Fonctionnement des doigts assez bon. On n'a pu suivre le malade.

III. — Tumeur à myéloplaxes du fémur. — Deux cas.

Premier cas. — Musicien, seize ans, douleurs au genou gauche, et gonflement.

Deux incisions latérales partant des deux épicondyles, remontant presque au milieu du fémur. La tumeur infiltrée dans les muscles. On conserve le sciatique, les vaisseaux fémoraux

et les muscles adducteurs. Le fémur est scié à 3 ou 4 centim. au-dessus de la tumeur et à environ 20 centim. de la ligne articulaire. Section du plateau tibial et implantation du fémur dans un trou creusé dans le tibia. Suture et pansement. Attelle.

Guérison totale deux mois après. Raccourcissement de 20 centim.

Pied artificiel articulé, et botte remontant jusqu'à la cuisse.

Microscope : cellules myélopaxes.

Deuxième cas. — Forgeron, trente-sept ans.

Le patient refuse d'abord toute intervention. On le traite par les révulsifs.

Plus tard intervention.

L'épiphyse inférieure paraissant intacte on fait deux incisions latérales au-dessus de la ligne articulaire. On constate alors que la tumeur s'étend plus bas, et on résèque 22 centim. du fémur.

On place ici une tige d'ivoire s'enfonçant d'une part dans le fémur, et de l'autre dans le tibia que l'on a préalablement percé.

La consolidation ne se fait pas, une fistule persiste. On fait l'amputation. Pas de récurrence.

Histologie : Cellules géantes du périoste.

IV. — *Tumeur du tibia (cellules à myélopaxes).*

Dans ce cas opéré par le docteur Lietze, on résèque 10 centim. du tibia à partir de l'extrémité supérieure, puis on scie le péroné au même niveau.

La face cartilagineuse du fémur est aussi coupée. On taille les deux extrémités du morceau de péroné enlevé, et on l'implante dans des trous creusés sur le tibia et le fémur.

Raccourcissement d'environ 5 centim. La consolidation se fait peu à peu. On ne peut rien savoir de la suite.

OBSERVATION XVIII (traduction)

(Féodor KRAUSE : *Arch. für klin. Chir.*, 1889)

*Traitement du sarcome myéloïde des os longs par évidement
au lieu de l'amputation.*

Bien souvent le traumatisme fut la cause d'apparition de tumeurs d'assez mauvaise nature chez des sujets jouissant jusqu'alors d'une bonne santé. Le malade avait près de quarante-six ans lorsqu'il remarqua les premiers symptômes : douleurs et tumeur. L'apparition du sarcome myéloïde est rare à cet âge, car d'après les remarques, il se montre le plus souvent à l'âge de puberté jusqu'à vingt ans environ. Les médecins du pays traitèrent le malade pour un rhumatisme, mais comme le genou continuait à grossir, la douleur, la faiblesse du membre rendaient la marche difficile, même avec deux cannes ; il se décida à entrer à l'hôpital au mois d'août 1886.

La partie supérieure du tibia droit était distendue par une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Par places, et spécialement à la face antéro-externe de la tête du tibia, la couche osseuse était si mince qu'une légère pression du doigt la faisait craquer ; sur d'autres points elle présentait le symptôme connu de Dupuytren (de la pression et du contre-coup). La tumeur était plus développée du côté externe de la tête du tibia et arrivait jusqu'au bord de l'articulation. Le diagnostic de sarcome myéloïde ne présentait aucun doute. Par une large incision (taille en lambeau), l'hémostase étant bien faite, on mit à nu la tumeur, respectant la capsule osseuse et le ligament rotulien, l'articulation était largement ouverte. Une mince couche osseuse était enlevée sur la plus grande partie de la face antéro-externe de la tête du tibia ; avec elle on était forcé d'enlever aussi le tiers externe du ligament rotulien. Cela fait, toujours avec une bonne hémostase, on énucléa toute la tumeur. La cavité opératoire fut soigneusement nettoyée, et par place cautérisée ; une partie de la moitié antéro-externe

du cartilage articulaire du tibia fut enlevée, aussi le condyle externe du fémur entraîtrait librement dans la cavité opératoire ; elle fut remplie de gaze iodoformée ; les lambeaux constitués par les parties molles, os et périoste, fixés par des points de suture et un bon drainage ; un bandage serré fut appliqué.

Cependant, bien que l'intervention ne fût suivie d'aucune réaction et que la diminution de la cavité fût sensible, on s'aperçut bientôt que par ce moyen on ne pouvait obtenir une guérison complète. Il résultait toujours une assez grande cavité à parois osseuses, dures, qui était partiellement limitée en haut par la partie diaphysaire de ce qui restait du cartilage articulaire, sur lequel on voyait quelques minces lamelles osseuses.

Un mois après la première intervention, dans une deuxième opération on a excisé tout ce qui restait de la paroi antérieure de la cavité, sur laquelle s'insérait le quadriceps ; par la partie restante du ligament rotulien, on enfonça cette plaque dans la profondeur de la cavité jusqu'à adhérence complète avec la paroi postérieure, de cette façon la cavité fut comblée. Cette opération fut suffisante. Vous voyez ici le patient deux ans et neuf mois après l'opération. Il marche sans appareil, en s'enveloppant seulement la cuisse avec une bande. À l'endroit opéré, sous le genou, on voit encore un petit creux, qui était bien plus prononcé le premier mois après l'opération.

Même alors le malade pouvait plier légèrement le genou et marcher dans la chambre sans se servir de canne.

OBSERVATION XIX (résumée)

(ROSENBERGER : *Deutschen Gesellsch. für Chir.*, 1888)

Un sarcome du condyle externe du fémur gauche traité par l'évidement. — Guérison.

Jeune dame, vingt-six ans.

Après un bal, elle sentit, pour la première fois, une douleur au genou. Un gonflement apparaît en même temps que les

douleurs augmentent. On pose le diagnostic d'arthrite tuberculeuse.

Articulation tuméfiée sur toute la partie externe et supérieure, ainsi que sur les côtés du ligament rotulien.

La flexion douloureuse ; pas de douleur à la pression. La peau était chaude. Des injections phéniquées sont pratiquées sans résultat.

Intervention. — Incision sur la face externe de l'articulation. On arrive sur le condyle externe qui est remplacé par une masse sanguine. Le cartilage du condyle était intact. La cavité osseuse est curetée ; on se dispense de réséquer le condyle. On remplit de gaze iodoformée et on immobilise le membre.

Trois mois après pas de récurrence ; les mouvements du genou sont très limités.

Examen microscopique. — Cellules géantes et cellules rondes.

OBSERVATION XX (traduction)

(VON ESMARCH : *Deutschen Gesellsch. für Chir.*, 1889)

Je peux confirmer ce que mon collègue Bramann a dit à propos du sarcome myéloïde. Dans un cas semblable d'un sarcome du maxillaire inférieur chez une jeune fille, j'ai dévissé la capsule, soigneusement nettoyé les parties molles et la cavité de l'os et j'ai obtenu la guérison.

Quand il s'agit d'un sarcome myéloïde du tibia où on est forcé de faire de très grandes cavités dans l'os, pour ne pas amputer le membre, je conseille un moyen que j'ai appris chez le professeur Senn à Milwaukee.

Après une nécrotomie de l'extrémité supérieure du tibia, qui a laissé une grande cavité dans l'os, il remplit cette cavité avec de l'os décalcifié et finement divisé, ferme la plaie antiseptique. Par cette méthode la plaie guérit, la cavité remplie par une masse osseuse très solide.

Après quelque temps j'ai eu l'occasion de traiter un cas pareil, dans lequel j'ai dû vider une très grande cavité ; après avoir pilé une partie de l'os que j'ai enlevé, j'en ai rempli la

cavité, en ayant bien soin de ne prendre que les parties de l'os n'ayant eu aucune relation avec les granulations. Une partie de cet os fut éliminée par la suppuration, mais la plus grande partie est restée et a comblé la cavité.

OBSERVATION XXI (résumée)

(NASSE : *Arch. für klin. Chirurg.*, 1897.)

Sarcome myéloïde du condyle externe du fémur.

Cas intéressant par la difficulté du diagnostic et par sa marche.

M^{me} J. S..., trente et un ans, se plaint de douleurs dans le genou.

A son entrée. — Tuméfaction légère de l'articulation, et un peu de gonflement du condyle externe du fémur. Mouvements légèrement douloureux, un peu restreints. On pense à une arthrite tuberculeuse, on met un plâtre. Plus tard on fait une incision au niveau du condyle externe du fémur et un curetage de l'os. Il reste une fistule suppurante.

Un mois après, le gonflement avait augmenté ; on diagnostique un sarcome, ce qui fut confirmé par l'examen histologique.

Résection de l'extrémité inférieure du fémur. La consolidation fut très longue, mais le résultat fonctionnel était bon, malgré un raccourcissement assez marqué.

Trois ans après la patiente était bien portante.

OBSERVATION XXII (résumée)

(BRAMANN : *Deutschen Gesell. für Chir.*, 24 août 1889.)

Deux cas de sarcome myéloïde, conférence de la Société de chirurgie allemande, XVIII^e Congrès de Berlin.

Premier cas. — Sarcome myéloïde de l'extrémité supérieure du tibia droit.

Jeune fille de quatorze ans. Sarcome myéloïde central de l'épiphyse supérieure du tibia droit, qu'on a attribué à un traumatisme. Tête du tibia très protubérante, capsule osseuse totalement percée sur plusieurs points. Les lacunes occupées par une masse molle.

Incision allant du condyle externe au condyle interne, en circonscrivant en bas la tubérosité tibiale. Mise à nu. Jusqu'au-dessous de la tubérosité la substance osseuse est détruite ; une mince lamelle osseuse percée par endroits persiste. On enlève la tumeur ainsi que le cartilage articulaire, on rapproche le tibia du fémur. Pansement et plâtre. Au bout d'un certain temps ankylose presque complète.

Neuf mois après pas de récurrence.

Deuxième cas. — Sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du radius droit.

Homme de trente-neuf ans ; contusion deux ans auparavant.

Tumeur molle, douleur à la pression, saillie osseuse. On hésite entre sarcome et tuberculose.

Ouverture suivant l'axe longitudinal ; curetage.

Onze mois après pas de récurrence.

OBSERVATION XXIII (résumée)

(Clément JUCAS : *Transactions of the clin. Society*, vol. X.)

Un cas de tumeur myéloïde de l'extrémité inférieure du cubitus traité par la résection. — Guérison. — Bon résultat fonctionnel.

S. C..., femme, remarque un léger gonflement du tiers inférieur du cubitus gauche, accompagné d'une douleur lente et progressive.

On badigeonne la partie malade de teinture d'iode. Plusieurs mois après on se décide à une intervention.

Tumeur solide, dense mais un peu élastique. Articulation intacte. Les ganglions ne sont pas engorgés.

Le 15 août 1886 incision longitudinale de 10 centim. sur la face interne de l'avant-bras. L'os est mis à nu. On pratique une résection sous-périostée de la portion du cubitus envahie par la tumeur ; le fibro-cartilage triangulaire est conservé, l'articulation est ainsi maintenue intacte.

Après une période de fièvre, la plaie guérit bien.

Les mouvements de la main sont parfaits ; pas de déviation malgré l'excision du cubitus, et grâce surtout à la persistance du fibro-cartilage.

Examen histologique. — Cellules géantes.

Pas de récidence dix ans après.

OBSERVATION XXIV (résumée)

(Henri MORRIS : *Transactions of the clin. Society*, 1877.)

Un cas de sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du radius gauche traité par la résection. — Guérison.

Femme âgée de vingt-huit ans. Chute sur la main gauche, en décembre 1874, époque à partir de laquelle elle commence à souffrir. Trois mois après gonflement de la face postérieure du radius gauche.

Treize mois après la chute, elle entre à l'hôpital. Tumeur occupant l'extrémité inférieure du radius gauche, élastique en certains endroits, dure en d'autres. Veines dilatées.

Mouvements du poignet diminués, surtout la pronation et la supination. Pas de ganglions. La peau était chaude. Les douleurs et le volume augmentent.

La malade refusant l'amputation on lui propose une résection qu'elle accepte. Incisions sur la face externe du radius et la face externe du cubitus. On enlève l'extrémité inférieure du radius qui est scié au-dessus de la tumeur, ainsi qu'une partie du cubitus (extrémité inférieure), à laquelle la masse adhéraient. Pansement et éclisse droite appliquée.

Examen. — Cellules à myéloplaxes. La plaie guérit ; grâce à son support la malade pouvait se servir de ses doigts.

M. Morris dit l'avoir revue treize ans après sans récidence.

OBSERVATION XXV (résumée)

(CLUTON : *Transactions of the clin. Society*, 1894.)

Deux cas de sarcome myéloïde du radius traités par la résection.

Premier cas. — Tumeur myéloïde de l'extrémité supérieure du radius droit.

Homme, vingt-huit ans, souffrant depuis deux ans près du coude. Douleur au début ressentie seulement après une fatigue, puis continue avec exacerbation la nuit.

Antécédents héréditaires : Du côté paternel deux grands-pères morts de cancer.

A son entrée : Epaissement de l'extrémité supérieure du radius droit. Tumeur sphérique, dure, consistance osseuse. Pas de pulsations. Mouvements de l'articulation presque normaux.

Albumine dans les urines.

En décembre 1887, opération exploratrice, qui permet de découvrir la nature myéloïde de la tumeur, et qui est suivie d'une résection de l'extrémité supérieure du radius jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la tumeur.

Guérison, et bon fonctionnement de l'avant-bras.

En mars 1889, le malade meurt d'albuminurie. Aucune trace de récidence.

Deuxième cas. — Sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du radius gauche.

Homme de cinquante ans. Depuis un an douleur dans le poignet gauche, puis gonflement de l'extrémité inférieure du radius gauche. Tumeur entourée d'une coque osseuse. Pas de crépitations, pas de pulsations.

Résection de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Une petite masse de la tumeur persistant dans le canal médullaire du radius on fait un curetage. Eclisse qui est remplacée plus tard par un gantelet de cuir.

Quinze mois après, les mouvements se font assez bien.

Deux ans et demi après pas de récédive.

CHAPITRE III

DISCUSSION DES DIVERSES MÉTHODES EMPLOYÉES. — LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES (RÉSECTION SURTOUT, ÉVIDEMENT) SONT LES PROCÉDÉS DE CHOIX.

Ces bons résultats fournis par la méthode conservatrice devraient nous suffire pour repousser toute opération radicale. Nous allons, malgré cela, examiner de plus près ces divers procédés et montrer que la désarticulation et l'amputation doivent laisser la place à l'évidement et surtout à la résection.

Nous ne nous arrêterons pas aux objections faites par quelques auteurs, à savoir que l'infection et les hémorragies sont plus à craindre lorsqu'on a recours aux procédés radicaux.

Le seul motif qui fait qu'on ne les emploie plus, c'est que la clinique a prouvé que des opérations partielles étaient suffisantes.

L'amputation n'est point cependant complètement à repousser. Ici, chose très importante, on a l'avantage de laisser un moignon qui servira d'abord comme moignon

et ensuite comme point d'appui aux appareils orthopédiques. Dans certains cas, nous le verrons, cette opération doit être préférée à la résection.

A ces deux procédés radicaux il faut encore objecter ce fait très important, que le plus souvent un patient porteur d'une production osseuse à myéloplaxes, le faisant peu souffrir, et qui souvent n'éprouve qu'un peu de gêne, hésitera avant de se décider à une telle opération, et souvent il refusera. Pendant ce temps le mal s'accroît, la coque osseuse est détruite, les parties molles envahies et alors qu'au début une opération conservatrice eût pu donner un résultat excellent, il ne reste quelquefois qu'un moyen pour sauver le malade, l'amputation. Celle-ci même risque de donner un mauvais résultat, l'état général s'étant aggravé.

Il est un procédé conservateur que l'on a essayé dans quelques cas de tumeurs anévrismales (le plus souvent à myéloplaxes); c'est la ligature de l'artère principale du membre sur lequel siège la tumeur.

On aurait noté à la suite une amélioration, mais presque toujours il y a eu récurrence (cas de Dupuytren, Lallemand et Lagoutte, Roux).

Cette méthode, eût-elle produit de bons effets, ne serait applicable qu'aux formes vasculaires. Elle est donc à repousser pour le moment.

Dans une observation de M. Jaboulay (sarcome du tibia) des injections de quinine ont amené la guérison. Avait-on affaire ici à une tumeur à myéloplaxes? cette amélioration sera-t-elle définitive? on ne peut le savoir. Cependant si la quinine a, ce qui est pas encore admis, une action antiparasitaire, elle paraît tout indiquée ici; où l'on a affaire

à une tumeur d'origine inflammatoire. L'avenir fera connaître les effets que l'on peut en retirer.

De tout ceci il résulte que sauf quelques cas dans lesquels l'amputation devra être appliquée, ce sera à la résection et à l'évidement que l'on devra recourir.

On amputera lorsque la tumeur aura détruit l'os sur une certaine étendue, occupera les deux épiphyses d'une articulation, et dans les cas où l'on verra que la résection ne peut donner un meilleur résultat fonctionnel. Ce sera toujours une amputation dans la continuité.

Ces dernières considérations ne s'appliquent qu'aux os longs. Aux maxillaires ces tumeurs restent ordinairement limitées, n'atteignent jamais un volume considérable et pour de telles lésions ce sera surtout l'évidement qu'il faudra pratiquer.

La résection et l'évidement étant les deux méthodes de choix, quelles sont les indications de chacune d'elles ? La question est délicate, et ne peut être nettement tranchée. L'évidement n'a pas toujours donné des résultats excellents (observ. MM. Albertin et Jaboulay). Dans les formes centrales bien localisées, lorsque la tumeur siège au niveau de la diaphyse ou à la région juxta-épiphysaire, dans quelques cas où la résection est contre-indiquée, et que le chirurgien jugera favorables, c'est à l'évidement que l'on pourra avoir recours. Cet évidement devra être complet, et toujours suivi d'une cautérisation. L'incision simple n'est pas suffisante et pas plus ici que pour une tuberculose osseuse elle ne mettrait à l'abri d'une récurrence.

La résection donnera, à ce point de vue, plus de sécurité ; c'est elle que l'on devra pratiquer de préférence. Si la tumeur siège à une épiphyse, si elle est mal localisée,

elle sera absolument indiquée Pas de résection cependant chez les jeunes sujets.

Cette dernière opération devra être toujours parostale, faite au bistouri et non à la rugine. On ne devra laisser aucun résidu suspect.

Quelle que soit celle des deux méthodes conservatrices employées, il faudra souvent, à l'aide d'un appareil orthopédique, corriger la déformation du membre, le maintenir, et remédier à son raccourcissement.

Enfin, on devra toujours penser que la tumeur osseuse à myéloplaxes se rapproche, avec un degré de malignité plus élevé cependant, de la tuberculose osseuse et que les indications opératoires peuvent être analogues tout en restant plus sévères. Il faudra aussi savoir que chez les jeunes sujets ces affections ont une évolution plus rapide, et que chez tous, le succès dépendra souvent d'une intervention précoce.

Ces considérations du reste ne sont, comme nous allons le voir, que le résumé des résultats opératoires de nos observations.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS IMMÉDIATS, ORTHOPÉDIQUES ET ÉLOIGNÉS DE LA MÉTHODE CONSERVATRICE DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS OSSEUSES A MYÉLOPLAXES.

Sur trente-trois observations que nous venons de publier, dans vingt-sept cas c'est la résection que l'on a pratiquée. Les autres malades ont été traités par l'évidement suivi ou non de cautérisation.

Nous rapportons un cas de tumeur vasculaire (peut-être à myéloplaxes) améliorée par la quinine.

A la suite de résections les résultats immédiats ont été parfois longs à attendre. Souvent des circonstances individuelles, âge du sujet, mauvais état général, phénomènes de suppuration, ont occasionné un retard dans la guérison de la plaie et dans l'ossification.

C'est en moyenne au bout de deux mois (observation de M. Albertin) que le malade a pu se servir utilement de son membre. Cette durée du reste n'a rien présenté ici de particulier, c'est celle de toute résection.

Pour l'évidement il en de même. La malade de M. Pon-

cet quitte l'hôpital deux mois après, et revient se faire panser encore quelque temps dans le service.

A ce point de vue la désarticulation et surtout l'amputation auraient pu donner des résultats meilleurs, mais elles auraient été bien inférieures au point de vue orthopédique.

On a pu en effet réséquer un os sur une assez grande longueur (10 centimètres du péroné dans l'observation d'Albertin, 20 centimètres de fémur dans celles de Mickulicz), et grâce à de bonnes prothèses et à une bonne ossification, les malades ont pu se servir parfaitement de leur membre, vaquer à leurs occupations ordinaires, et cela dans un temps assez court.

L'évidement a donné aussi des résultats fonctionnels excellents. Chez la malade de Poncet, les mouvements du poignet sont un peu restreints dans la flexion, l'extension et la latéralité mais toute la force est conservée. Le malade de Jaboulay (radius, observation V), grâce à un tamponnement à la gaze aseptique, peut faire des mouvements qui s'accroissent à mesure que l'ossification progresse.

Les résultats éloignés sont aussi très bons.

A la suite des résections rapportées on n'a pas constaté de récurrence chez les malades qui ont pu être suivis.

On a pu en revoir treize ans après. Ceux qui, un an après, ne présentaient rien d'anormal peuvent être considérés comme complètement guéris.

L'évidement, à ce point de vue, a été un peu inférieur. Nous trouvons deux cas où de nouveaux bourgeons se sont reproduits (celui d'Albertin, et l'observation V, Jaboulay); chez les autres, par contre, la guérison est complète

(sept ans après, observation de Poncet; dix-sept mois à deux ans, observations de Krause et Rosenberger).

La clinique nous montre bien que la méthode conservatrice est ici la méthode de choix; en agissant ainsi le chirurgien sera certain de ne pas sacrifier la vie d'un malade à la satisfaction de lui conserver un membre.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs osseuses à myéloplaxes constituent une variété dont la caractéristique clinique est la bénignité.

II. — Il n'y a pas lieu de continuer à opposer à ces tumeurs l'amputation ou la désarticulation.

III. — On devra recourir aux méthodes conservatrices; évidemment à la rigueur et résection comme procédé de choix.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Maurice POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRE.

BIBLIOGRAPHIE

- AUG. NÉLATON. — Thèse de Paris, 1860.
- VERNEUIL ET MARCHAND. — Dictionn. encycl. (moelle des os).
- PONCET. — Article du traité de chirurgie Duplay-Reclus.
- BURET. — Anat. pathologique.
- DÉSIR DE FORTUNET. — *Revue de chirurgie*, 1887.
- MONOD ET MALASSEZ. — *Archives de physiologie*, 1879.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs.
- JABOULAY. — *Lyon médical*, 1889, 1894, 1902, 1903.
- MAURICE POLLOSSON ET BÉRARD (*Association française de chirurgie*, 1899). Rapport sur les tumeurs des os.
- JALLOT. — Thèse de Paris, 1895.
- POINEAU. — Thèse de Paris, 1898.
- KAMBOUROFF. — Thèse de Lyon, 1898.
- MICKULIEZ. — Ausgedehnte Resection der langen rohrenknochen weegn maligner geswalst, *Arch. für klin. Chir.*, vol. L, p. 660.
- BRAMAN. — *Deutschen Gesell. für Chir.*, 1888.
- LUCAS. — *Transactions of the chir. Society*, 1877.
- CLUTON. — *Transact. of the chir. Society*, 1884.
- Congrès de chirurgie allemand, 1889.
-

